



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (3): 36-38

Histerorrrafía en un solo plano como alternativa en la cesárea

MAGNO TULLIO RAMÍREZ, [OLGA FRISANCHO](#), ROSA MESÍA, LUIS TÁVARA.

Resumen

Objetivo: Mostrar que el cierre del segmento uterino en un solo plano no es diferente al cierre en dos planos. **Diseño:** Ensayo clínico control doble ciego, con asignación al azar, entre julio de 1993 y junio de 1994. **Pacientes:** Cincuenta pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora que tenían indicación de cesárea primaria por causa obstétrica, pero sin patología infecciosa. Las pacientes admitidas al estudio fueron asignadas aleatoriamente a uno de dos grupos: el primero en que se hizo la histerorrrafía en un solo plano y el segundo que fue el grupo control, constituido por las pacientes a quienes se hizo histerorrrafía en dos planos. **Resultados:** La evolución en el postoperatorio no mostró diferencias entre ambos grupos, salvo el menor tiempo operatorio y la mayor estancia hospitalaria. **Conclusión:** La operación cesárea con histerorrrafía en un solo plano es una buena alternativa.

Palabras clave: Operación cesárea. Reparación en un solo plano de la incisión uterina. Histerorrrafía en un plano.

Summary

Objective: To show that single layer repair of the low transverse uterine incision is similar to the two-layer repair. **Design:** Fifty patients without infectious pathology attended at María Auxiliadora Hospital in one year from July 1, 1993 to June 30, 1994 had primary cesarean section. Patients were randomly assigned to either group, with single-layer or two-layer repair of transverse uterine incision. **Results:** Follow-up of patients did not show differences between the two groups, but for less operative time and longer hospitalization. **Conclusion:** The single-layer repair of the low transverse uterine incision is a good alternative in cesarean section.

Key words: Cesarean section. Single-layer repair of the transverse uterine incision.



Introducción

La operación cesárea es uno de los procedimientos más frecuentes para el obstetra ginecólogo ¹. Su incidencia representó el 16% del total de partos atendidos durante 1993 en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora (HAMA) ¹.

Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora.

El parto mediante operación cesárea sustituye al parto por vía natural cuando la evolución espontánea, inducida o estimulada ocasionaría graves daños para la madre o el hijo ³.

Los tipos de cesárea que se practica en los hospitales del Perú son los siguientes:

- Cesárea corporal o clásica: Tiene indicaciones muy precisas y su morbilidad es de 1-2% ⁵.
- Cesárea cervical baja: Es practicada desde los trabajos de Kerr, a nivel del segmento uterino inferior; ofrece gran seguridad a la paciente en relación a posibles complicaciones ⁶. La incisión de Kerr se efectúa transversalmente; posee la ventaja de requerir sólo una pequeña disección del repliegue vesical del peritoneo para continuar con una incisión transversa en semiluna hacia arriba. Provoca una menor pérdida de sangre, resulta fácil de reparar, no produce adherencias y está localizada en un lugar con menor tendencia a la rotura en un embarazo posterior ⁷.

La reparación del músculo uterino a nivel de la incisión segmentaria se establece en dos planos, sobre los cuales debe ser aplicado el peritoneo de la reflexión véscovaginal ⁸. Si bien es cierto que esta técnica ofrece gran seguridad, ha sido y es de elección para todos los obstetras, queremos en el presente trabajo examinar una variante de la cesárea segmentaria transversal, recurriendo al cierre del músculo uterino en un solo plano, utilizando sutura reabsorbible.

No existen muchas referencias bibliográficas al respecto, aunque se conoce verbalmente que se viene realizando en algunos centros hospitalarios del Perú ^{9,10}.

Material y Métodos

El presente trabajo es un ensayo clínico controlado doble ciego con asignación al azar. Entre julio de 1993 y junio de 1994, en el Departamento de Ginecoobstetricia del HAMA, se seleccionó 50 pacientes con indicación de parto por vía cesárea.

Para incluir a cada paciente se tuvo en cuenta los siguientes criterios: gestación entre 37 y 42 semanas, con o sin trabajo de parto, membranas corioamnióticas íntegras o rotas menos de 6 horas antes de la intervención, sin antecedentes de cesárea previa.

Se tuvo, además, los siguientes criterios de exclusión: presencia de patología infecciosa, antecedentes de cirugía uterina, rotura de membranas mayor de 6 horas, gestación menor de 37 semanas y mayor de 42 semanas.

Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente a uno de los dos siguientes grupos:

- Grupo 1, para realizar histerorrafia en un solo plano, utilizando catgut crómico "1" en la sutura ejecutada en forma continua.
- Grupo 2, para realizar histerorrafia en dos planos según el método de Kerr, utilizando catgut crómico "1" en sutura continua.

El procedimiento operatorio fue realizado por el grupo investigador. El seguimiento, evolución y manejo de cada paciente estuvo a cargo del equipo médico del Servicio de Obstetricia, y que no conocía cual había sido la técnica utilizada en cada caso.

Para los registros se tuvo en consideración lo siguiente:

- Edad materna en años



- Edad gestacional en semanas
- Número de gestaciones
- Hemoglobina preoperatoria medida en g/dl.
- Hemoglobina postoperatoria, tomada a las 48 horas.
- Delta de la hemoglobina, definida como la diferencia en el dosaje de hemoglobina entre el pre y postoperatorio
- Accidentes intraoperatorios
- Medición del sangrado intraoperatorio, a juicio del cirujano
- Tiempo operatorio en minutos
- Morbilidad postoperatoria, definida como la temperatura oral de 38° C o más, durante dos días consecutivos, a partir del segundo día postoperatorio ¹¹
- Días de hospitalización.

Las mediciones fueron cuantificadas y sometidas a análisis estadístico utilizando test de Fisher para las proporciones. Para las variables continuas se obtuvo la media, desviación standard y para examinar las diferencias se aplicó la prueba t de student.

Resultados

El total de pacientes que ingresaron a la investigación fue 50, de los cuales 26 corresponden al grupo de estudio (histerorrafia en un plano) y 24 corresponden al grupo control (histerorrafia en dos planos).

Tabla 1. Características del grupo de estudio y control			
Variable	Grupo estudio X ± DS (26 casos)	Grupo control X ± DS (24 casos)	P
Edad en años	24,2 ± 7,6	25,3 ± 7,0	NS
Gestaciones	1,6 ± 1,1	2,0 ± 2,0	NS
Edad gestacional (semanas)	38,7 ± 1,3	39,5 ± 1,4	NS
Hemoglobina preoperatoria	11,3 ± 1,0	11,3 ± 1,2	NS

En la Tabla 1 se resume algunas características, como la edad, número de gestaciones, edad gestacional y dosaje de hemoglobina preoperatoria en ambos grupos. No existió diferencia entre ellos.

Del total de pacientes, el 72% fueron primigestas. La edad gestacional osciló entre 37 y 42 semanas y la hemoglobina preoperatoria varió entre 9 y 15 gramos por 100 ml.

El tiempo operatorio tuvo un rango entre 18 y 60 minutos, con una media de 35,42 ± 11,37 para el grupo de histerorrafia en un solo plano versus 42,25 ± 8,47 minutos para el grupo control. La diferencia es estadísticamente significativa (p<0,05).



El sangrado durante el acto operatorio expresado en mililitros fue $509,62 \pm 254,57$ para el grupo de estudio y $477,08 \pm 109,33$ para el grupo control, diferencia sin significancia estadística.

El dosaje de hemoglobina en el postoperatorio fue similar en ambos grupos, $9,83 \pm 1,35$ para el grupo de histerorrafia en un plano y $9,67 \pm 1,26$ en el grupo control. Además, se evaluó el delta de hemoglobina, no encontrándose diferencia en ambos grupos ($1,45$ g para el grupo de estudio y $1,52$ g para el grupo control).

En relación a la morbilidad infecciosa, en el grupo de estudio se detectó un cuadro de endometritis puerperal y 4 infecciones de herida operatoria, estos representan 5 casos y una frecuencia de $19,23\%$. En el grupo control se encontró un caso de endometritis y dos casos de infección de herida operatoria, estos tres casos representan una morbilidad de $12,5\%$. No hubo diferencia significativa entre ambos grupos.

Variable	Grupo estudio	Grupo control	P
Tiempo operatorio (min)	$35,4 \pm 11,4$	$42,3 \pm 8,5$	$< 0,05$
Sangrado intraoperatorio	510 ± 254	$477,1 \pm 109,3$	NS
Morbilidad (%)	19,23	12,50	NS
Días hospitalización (+DS)	$5,2 \pm 2,3$	$4,1 \pm 1,4$	$< 0,05$
Hb postoperatoria (+DS)	$9,8 \pm 1,4$	$9,7 \pm 1,3$	NS
Delta hemoglobina (en g)	143	1,52	NS

La permanencia hospitalaria en el postoperatorio tuvo un rango entre 3 y 14 días, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,05$) con una media de $5,23 \pm 2,34$ días para el grupo de estudio y $4,08 \pm 1,44$ para el grupo control.

Todos estos últimos resultados son presentados en la Tabla 2. No se registró accidentes operatorios ni muerte materna.

Discusión

Este trabajo resulta controversial desde su planteamiento, puesto que la técnica quirúrgica de la cesárea segmentaria desde Kerr incluye el cierre del segmento en dos planos ¹². El Planteamiento de realizar el cierre en un plano sorprende por la poca información existente^{9,10}.

Como se observa en los resultados, las complicaciones postoperatorias del grupo de estudio (5), fueron aparentemente mayores que los tres casos del grupo control, pero la diferencia no fue significativa. En el grupo de estudio se registra un caso de morbilidad postoperatoria que fue reintervenida al sexto día, encontrándose plastrón apendicular y al revisar la histerorrafia se la encontró intacta. Naturalmente este caso aumentó la estancia hospitalaria promedio del grupo de histerorrafia en un plano.

De acuerdo a otras publicaciones, la morbilidad postcesárea es $6,2\%$ ⁽¹³⁾, siendo la primera causa la infección de herida operatoria, seguida de infección urinaria y endometritis puerperal ¹⁴⁻¹⁷.

La proporción de morbilidad de nuestras pacientes está por encima de otras cifras Publicadas; tal vez pueda explicarse por el tipo de pacientes que atendemos, aunque no desestimamos problemas de orden técnico. Mansilla ¹⁸, en el Hospital Loayza, encuentra una frecuencia de $8,5\%$ de endometritis postcesárea, por encima de nuestros hallazgos.



El tiempo operatorio fue significativamente menor en el grupo de estudio. En ningún caso la operación se prolongó más de 60 minutos, tiempo en el cual debe completarse casi todas las cesáreas, a menos que se encuentre problemas técnicos importantes ¹⁹. Este hallazgo constituye un argumento a favor de la técnica estudiada.

El sangrado intraoperatorio fue evaluado por el cirujano. En el grupo de estudio ocurrió un caso de atonía uterina que ocasionó un sangrado de 1500 ml, que fue resuelto con masaje uterino y ocitócicos. En los promedios, no hubo diferencias entre ambos grupos.

En lo referente a días de hospitalización, sí existe una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo control, que se fue de alta antes, como consecuencia de la mayor morbilidad presentada por el grupo de estudio. Se informa que la estancia promedio de las mujeres sometidas a cesárea y no infectadas es 5,7 días ²⁰, en todo caso, mayor que en nuestras pacientes. Estos promedios se vienen disminuyendo en todas partes del mundo.

En conclusión, creemos que la histerorrafia en un solo plano es una alternativa para el cirujano que va a realizar una cesárea.

Referencias Bibliográficas

1. Christman F, Ottolenghi G, Raffo J, von Grolman G. Técnica quirúrgica 1976; pág. 1045.
2. Hospital María Auxiliadora. Banco de datos del SIP 1994.
3. Ludmir A. Manual de normas y procedimientos generales en Obstetricia y Ginecología. Hospital San Bartolomé 1978, pág. 159.
4. Távara L, Parra J, Chumbe O, Elías O, Acosta M, et al. Epidemiología de la cesárea en el Perú. Tomo del XI Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima- Perú 1994.
5. Plauche W, Von Almen W, Muller R. Catastrophic uterine rupture. *Obstet. Gynecol.* 1984; 63: 792.
6. Martin J. Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1983; 146: 255.
7. Schawalm H. The structure of the musculature of the human uterus muscles connective tissue. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1966; 94: 391.
8. Schwarcz R, Duverges C, Diaz AG, Fescina R. *Obstetricia* 4.^a Ed. Buenos Aires: El Ateneo 1986, pág 537.
9. Hale R, Danforth DE. Operative delivery. In: Pernoll M Ed. *Current Obstetric and Gynecologic diagnosis and treatment*. Norwalk, Conn: Ed. Appleton Lange 1991; pág 554-67.
10. Jelsema R, Wittingen J, Vander-Kolk K. Continuous nonlocking, single-layer repair of the low transverse uterine incision. *J. Reprod. Med.* 1993; 38: 393-6.
11. Niswander K. Ed. *Manual of Obstetrics: Diagnosis and therapy*. California 1988; pág. 466.
12. Erhardt C, Gold E. Cesarean section in New York City: incidence and mortality during 1954-1955. *Obstet. Gynecol.* 1958; 11: 241.
13. Pelle H, Jepsen O, Larsen S, et al. Wound infection after cesarean section. *Infection Control* 1986; 7: 456-61.
14. Cruse P. Incidence of wound infection on surgical service. *Surg. Clin. N. Am.* 1975; 55: 1268-75.
15. Eschenbach DE, Weger G. Puerperal infections. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1980; 23: 1003.
16. Plat R. Mortality associated with nosocomial urinary tract infections. *N. Engl. J. Med.* 1982; 307: 637-42.
17. Gilstrap L. The bacterial pathogenesis of infections following cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 1979; 53: 545-9.



18. Mansilla C. Endometritis postcesárea: factores de riesgo. Tesis de Bachiller. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990; 31 pp.
19. Benson R. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 1984; pág 978.
20. Dixon R. Second International Conference on nosocomial infections. Am. J. Med. 1981; 70: 379-473.